

**ESCOLA TÉCNICA FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM**

18 MAR 2002 0 178

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO CURRICULAR  
ESTUDO DE CASO : LOMBALGIA**

CEFET-SC BIBLIOTECA

CEFET - UE Joinville



\*0484\*

REL ENF

0025

Relatório de estágio curricular

OK  
Revisão  
Gm 15/03  
Mae...  
20/3  
Cec... OK

REL ENF  
0025

**ANA MARIA DE CASTRO FRYDER**

**PORTO UNIÃO  
MARÇO DE 2001**



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO  
ESCOLA TÉCNICA FEDERAL DE SANTA CATARINA  
DIRETORIA DE RELAÇÕES EMPRESARIAIS  
SERVIÇO DE INTEGRAÇÃO ESCOLA-EMPRESA

## TERMO DE COMPROMISSO PARA REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO

A EMPRESA FUNDAÇÃO DO ENSINO TÉCNICO DE SANTA CATARINA, FETESC, CGC/MF 80.485.212/0001-45, estabelecida em FLORIANÓPOLIS, representada por, Prof<sup>o</sup> Enio Miguel de Souza, na qualidade de DIRETOR EXECUTIVO, o(a) ESTAGIÁRIO(A) Ana Maria de C. Fryder, matriculado(a) na 2<sup>a</sup>, 3<sup>a</sup> e 4<sup>a</sup> fase do Curso Técnico de Enfermagem cód. ( 59 ) e a ESCOLA TÉCNICA FEDERAL DE SANTA CATARINA, representada pela Técnica em Assuntos Educacionais, Valéria Magalhães Rodrigues, na qualidade de Coordenadora do Serviço de Integração Escola- Empresa, SIE-E, acertam o seguinte, na forma das Leis n<sup>o</sup> 6.494 de 07/12/1977 e n<sup>o</sup> 8.859 de 23/03/94 e Decreto n<sup>o</sup> 87.497 de 18/08/82.

Art. 1<sup>o</sup> - O(A) ESTAGIÁRIO(A) desenvolverá atividades dentro de sua área de formação, ficando certo que qualquer exigência estranha implicará configuração de vínculo empregatício.

Art. 2<sup>o</sup> - A ETF/SC analisará programa de atividades elaborado pela Empresa, a ser cumprido pelo ESTAGIÁRIO(A), em conformidade com as disciplinas cursadas pelo mesmo.

Art.3<sup>o</sup> - O Estágio será de 720 ( setecentos e vinte ) horas trabalhadas, desenvolvidas da seguinte maneira:

Carga Horária	Instituição/Setor	Período
400 h	Hospital São Braz/Regional Hospital/Hospital Vicente de Paula	22/01/2001 a 24/07/2001
166 h	A.P.M.I./Hospital Vicente de Paula/Hospital São Braz/Regional Hospital	01/10/2001 a 16/11/2001
154 h	Ambulatório Rede Municipal/Clinica HJ/Hospital São Braz/Regional Hospital/Hospital Vicente de Paula	14/01/2002 a 21/03/2002

Parágrafo 1<sup>o</sup> - Este período poderá ser prorrogado mediante prévio entendimento entre as partes.

Parágrafo 2<sup>o</sup> - Tanto a EMPRESA, a ESCOLA ou o (a) ESTAGIÁRIO(A) poderão, a qualquer momento, dar por encerrado o Estágio, mediante comunicação por escrito.

Art. 4<sup>o</sup> - Pelas reais e recíprocas vantagens técnicas e administrativas, a EMPRESA designará como Supervisor interno de Estágio o(a) Sr(a). Ondina Machado, ao qual caberá a orientação e a avaliação final do ESTAGIÁRIO(A).

Art. 5<sup>o</sup> - O(A) ESTAGIÁRIO(A) declara concordar com as Normas Internas da ETF/SC e da EMPRESA, propondo-se a conduzir-se dentro da ética profissional e submeter-se a acompanhamento de seu desempenho e aproveitamento.

Art. 6<sup>o</sup> - O ESTAGIÁRIO obriga-se a cumprir fielmente a programação de Estágio, comunicando em tempo hábil a impossibilidade de fazê-lo.

Art. 7<sup>o</sup> - Nos termos do Art. 4<sup>o</sup> da Lei n<sup>o</sup> 6.494/77, o(a) ESTAGIÁRIO(A) não terá, para quaisquer efeitos, vínculo empregatício com a EMPRESA, ficando, aquele(a), segurado contra acidentes pessoais ocorridos durante o Estágio pela Apólice n<sup>o</sup> 81.93.0008162.0008163 da Companhia AGF Brasil Seguros.

Art. 8<sup>o</sup> - Fica firmado o presente em 03 (três) vias de igual teor e forma.

Florianópolis, 14 de fevereiro de 2001.

  
EMPRESA  
Assinatura e Carimbo

  
ESTAGIÁRIO

  
Valéria Magalhães Rodrigues  
Coordenadora do SIE-E/ETF-SC

  
Testemunha

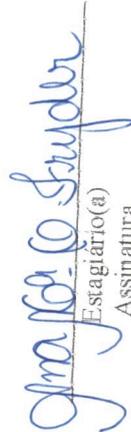


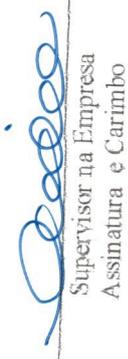
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO  
ESCOLA TÉCNICA FEDERAL DE SANTA CATARINA  
DIRETORIA DE RELAÇÕES EMPRESARIAIS  
SERVIÇO DE INTEGRAÇÃO ESCOLA-EMPRESA

PROGRAMA DE ESTÁGIO

Estagiário(a): Ana Maria de C. Fryder Matrícula: 0027095-1 Curso Técnico de Enfermagem (59) - Form:2002/2º Sem.  
Supervisor na Empresa: Ondina Machado COREN: 39560 - SC

LOCAL	PERÍODO	ATIVIDADES PREVISTAS	CARGA HORÁRIA
1. Hospital São Braz Regional Hospital Hospital Vicente de Paula	22/01/2001 a 26/02/2001 02/04/2001 a 17/05/2001 25/06/2001 a 24/07/2001	<ul style="list-style-type: none"><li>Fundamentos de Enfermagem</li><li>Clínica Médica - UTI e Emergência</li><li>Enfermagem CME/CC/Cirúrgico</li></ul>	400h
2. A. P. M. I Hospital Vicente de Paula Hospital São Braz Regional Hospital	01/10/2001 a 16/11/2001	<ul style="list-style-type: none"><li>Enfermagem Obstétrica</li><li>Enfermagem Neonatológica</li><li>Enfermagem Pediátrica</li></ul>	166h
3. Ambulatório Rede Municipal Clínica HJ. Hospital São Braz Regional Hospital Hospital Vicente de Paula	14/01/2002 a 21/03/2002	<ul style="list-style-type: none"><li>Enfermagem em Saúde Pública</li><li>Enfermagem Administrativa</li><li>Enfermagem Psiquiátrica</li></ul>	154h

  
Estagiário(a)  
Assinatura

  
Supervisor na Empresa  
Assinatura e Carimbo

Prof. Enf.  
Ondina Machado  
COREN-SC 39560

Coordenador do Curso  
Assinatura e Carimbo

  
JURACI MARIA TISCHER  
GERENTE DA UNIDADE DE  
SAÚDE DE JOINVILLE

**DEDICO:**

A VIDA... a meus PAIS, que me ensinaram a vivê-la com dignidade.

O PRESENTE... ao meu marido JACIR, pelo amor e estímulo que me trouxe até aqui e me permitiu realizar esse Sonho.

O FUTURO... às minhas filhas KARINE e KAMILE pelo imenso apoio e incentivo.

São a razão da minha força.

## **AGRADECIMENTO**

À minha família e meus amigos que me incentivaram.  
Agradecer é admitir que houve um momento em que se precisou de alguém. É reconhecer que o homem jamais poderá dar para si o Dom de ser auto-suficiente.  
Agradeço a DEUS pela dádiva da vida e pelos momentos de fraqueza e cansaço, transformados em força. A ELE cabe o louvor e a glória; a mim, só cabe agradecer.

## SUMÁRIO

	LISTA DE SÍMBOLOS	
	INTRODUÇÃO	
2	A EMPRESA.....	2
3	ESTUDO DE CASO.....	3
3.1	Apresentação.....	3
3.2	Anamnese.....	4
3.3	Exame Físico.....	5
3.4	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL.....	6
3.4.1	Conceito.....	6
3.4.2	Fisiopatologia.....	6
3.4.3	Exames Complementares.....	7
3.4.4	Sintomatologia.....	8
3.4.5	Tratamento.....	9
3.4.5.1	Modalidades de Tratamento.....	9
3.4.5.2	Procedimento Cirúrgico.....	10
3.4.5.3	Descrição da Microdissectomia lombar.....	10
3.4.5.4	Complicações da Cirurgia Discal Lombar.....	10
3.5	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	11
3.6	ORIENTAÇÃO E EDUCAÇÃO.....	12
3.7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	13
4	CONCLUSÃO.....	14
	ANEXOS	
	Anexo 1- Prontuário.....	15
	Anexo 2 – Medicamentos.....	16

## LISTA DE SÍMBOLOS

ML - paciente  
PU - Porto União  
PS - Pronto Socorro  
PA - pressão arterial  
SV - sinais vitais  
MMIID – membro inferior direito  
L5 - disco lombar  
PAM – pressão arterial média  
TC - tomografia computadorizada  
RNM - ressonância nuclear magnética  
EMG – eletromiograma  
P - pulso  
T - temperatura  
R - respiração  
MMHG – milímetro de mercúrio  
BPM - batimentos por minuto  
MRPM - movimento respiratório por minuto  
ML- mililitro  
MG – miligrama  
VO - via oral  
EV- endovenosa  
CPR – comprimido  
AMP – ampola  
D - direita  
ALT – altura  
RX - raio x  
PVC - pressão venosa central  
CPAP – pressão positiva contínua de ar  
BIRD- respirador artificial  
UTI - unidade de terapia intensiva

## INTRODUÇÃO

No presente relatório, são apresentadas as atividades desenvolvidas durante o Estágio Curricular do Curso Técnico de Enfermagem, Gerência Educacional de Joinville, da Escola Técnica Federal de Santa Catarina em convênio com a Escola Dama de Canoinhas do mesmo estado.

Durante o estágio de Fundamentos de Enfermagem, que foi realizado no Hospital de Caridade São Brás de 22/01/01 a 26/02/2001 (sendo duas semanas de manhã e duas à tarde), verificamos as condições ambientais, colocamos em prática as técnicas de higiene e conforto do paciente, aplicamos injeções, puncionamos veias, aprendemos a instalar fluidoterapia, medicação, oxigenioterapia, curativos, cuidados com traqueostomia. Aplicamos nosso conhecimento para trabalhar o nosso lado psicológico ao interagirmos com o meio.

O estágio de Clínica Médica realizado na mesma unidade hospitalar de 25/03/01 a 10/04/01, foi uma extensão do primeiro, só que nos aprofundamos nas patologias bem como na orientação e educação ao paciente quanto a sua doença. Nesse estágio tivemos oportunidade de realizarmos um estudo de caso, sendo o meu sobre lombalgia. Tivemos a oportunidade de ficarmos 10 dias na UTI, onde aprendemos o funcionamento da unidade bem como os cuidados com o paciente, manutenção, funcionamento e limpeza dos equipamentos, medicação e monitorização de SV de hora em hora. É um setor que requer um bom controle psicológico. Tivemos a oportunidade de ver duas paradas cardíacas bem como o procedimentos das mesmas. Tivemos noções de como se faz uma PVC e preparamos dois corpos após a morte. Aprendemos a escala de Glaslow, balanço hídrico, noções sobre CPAP, BIRD e valores normais de gasometria arterial.

Ficamos também 10 dias no PS para aprendermos sobre emergência e apesar de termos visto pouca coisa, vimos várias suturas e ajudamos em algumas, vimos colocação de gesso, enxerto em um dedo, trocamos curativos, levamos pacientes para exames radiológicos e internamentos.

O estágio de Centro Cirúrgico que foi de 06/06/01 até 30/07/01 foi um dos mais interessantes. Aprendemos sobre instrumentação cirúrgica, assistimos a uma cirurgia de colocação prótese de quadril, duas cirurgias de adenóidectomia e amigdalectomia e algumas cesáreas. Vimos também uma apendicectomia. Na Clínica Cirúrgica cuidamos de uns poucos pacientes, um deles com amputação do hálux.

O estágio de Materno Infantil onde cuidamos do binômio mãe-filho, foi de 27/08/01 a 03/10/01. Participamos de vários partos normais, fizemos o APGAR, demos o primeiro banho, fizemos os primeiros cuidados com o recém-nascido e com a mãe. Observamos os lóquios, orientamos quanto à amamentação, cuidados de higiene com o bebê e a mãe. Tivemos uma semana na UTI neonatal onde prestamos cuidados aos prematuros. Na Pediatria, fizemos os cuidados do setor, vimos e ministramos medicação via microfix (bureta), vimos uma punção lombar, temperatura da geladeira (máxima, momento e mínima) e fizemos as orientações de higiene e alimentação para os pais ou acompanhantes.

O estágio de Saúde Pública que foi de 19/11/01 a 07/12/01, onde tivemos a oportunidade de participarmos de imunizações, fazermos orientações nos diversos programas de saúde, bem como os procedimentos de rotina das unidades. Fizemos palestras cadastro do cartão SUS, visitas domiciliares. Vimos as péssimas condições de higiene da população da periferia da cidade.

O estágio de Administração realizado no período de 14/02/02 a 02/03/02 nos proporcionou tomarmos conhecimento de como se administra cada setor, bem como o hospital. O estágio de Psiquiatria realizado no mesmo período exigiu de nós mais o lado humano, social do que técnico propriamente dito. Entramos em contato com alcoólatras, viciados em drogas e alguns doentes mentais.

Ao me aprofundar nas patologias realizei este estudo de caso sobre Lombalgia que é uma doença do disco lombar. No caso do Sr. ML o disco L5 que sofreu uma herniação devido ao excesso de peso erguido de uma só vez. Veremos as conseqüências, os tipos de tratamento e a prevenção para a hérnia discal lombar.

## HOSPITAL DE CARIDADE SÃO BRÁS

O Hospital de Caridade São Brás foi criado em 1926 na cidade de Porto União, Santa Catarina por iniciativa religiosa e da sociedade local, em terreno cedido pela Mitra Diocesana, localizado ao lado da Igreja da Paróquia de Nossa Senhora das Vitórias, na rua Frei Rogério nº 579. O São Brás é um hospital de referência, onde atende pacientes advindos da região norte de Santa Catarina e sul do Paraná. Atualmente conta com 33 médicos altamente capacitados nas mais diversas áreas da medicina, tais como, pediatria, cardiologia, radiologia, medicina intensiva (UTI), cirurgias plásticas entre outras.

Administrativamente o hospital é dirigido pela Diretoria Executiva que responde pelo bom andamento administrativo e funcional do hospital. A Diretoria Executiva é subordinada à Mitra Diocesana pela qual é responsável o Sr. Bispo da Diocese de Caçador que tem como seu representante local o Padre Vigário da Paróquia Nossa Senhora das Vitórias de Porto União, Frei Alcides Cella.

A Diretoria Executiva está assim composta:

Diretor Presidente Dr. Wilson Francisco, Diretor Técnico Dr. Ayrton Rodrigues Martins, Diretora Administrativa Dra. Magaly Unterstell Brittes, Administrador Darci Ferreira da Costa Filho. O São Brás é conhecido como um hospital moderno, que possui uma estrutura administrativa e profissional capacitada. Conta com um aparato técnico de grande monta, que permite ao corpo clínico prestar atendimento ao paciente com aparelhagem radiológica, tomografia computadorizada, cirurgia, sistema Holter (eletrocardiograma 24 horas), entre outros.

A partir de abril de 1995, entrou em funcionamento a Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Oferece à população as seguintes especialidades médicas: ortopedia e traumatologia, clínica médica cardiológica, eletrocardiograma, eco-doppler, cardiografia com mapeamento a cores, ergometria, ECG 24hs (Holter), clínica cirúrgica, proctologia e citopatologia, pediatria, endocrinologia, geriatria, ginecologia e obstetrícia, neurologia e eletroencefalografia, cirurgia plástica, oftalmologia, urologia, radiologia, TC, ultrasonografia e mamografia, anestesiologia, otorrinolaringologia, pneumologia, UTI, psicologia e odontologia.

### **3.0 ESTUDO DE CASO**

#### **3.1 Apresentação**

Este estudo de caso foi realizado no Hospital de Caridade São Brás de Porto União (Santa Catarina) no período de 11 a 13 de março de 2001 com o paciente ML, diagnóstico médico de Lombociatalgia (Hérnia de disco).

Para realização do mesmo foi usado o roteiro de estudo de caso. O objetivo geral é aprimorar conhecimentos científicos, teóricos e práticos adquiridos. Os objetivos específicos foram de atender o paciente em suas necessidades humanas básicas afetadas, melhorar conhecimento científico a respeito da patologia, identificar possíveis medos perante a patologia, orientando e esclarecendo suas dúvidas, demonstrar a importância da sua colaboração na recuperação, manutenção da saúde e prevenção das doenças, desenvolver o senso de observação e crítica, desenvolver um inter-relacionamento técnico de enfermagem-cliente-família.

O Sr. ML gentilmente permitiu estudá-lo fisicamente, analisar sua patologia bem como receber-me em sua residência para visita domiciliar. Veremos que lombalgia, lombociatalgia, hérnia de disco (L5 S1) é uma afecção músculo esquelética que se caracteriza por dor desconfortável ou aguda na região lombosacra, associada com espasmo acentuado dos músculos paravertebrais, comumente com dor irradiada. Pode ser por várias causas, Ter diversas manifestações clínicas, Ter várias formas de avaliação diagnóstica.

O tratamento pode ser cirúrgico ou tradicional. Pode trazer complicações, afeta pessoas de qualquer idade ou sexo, mas é mais comum dos 20 aos 50 anos.

### 3.2 Anamnese

O Sr. ML relata Ter sentido uma dor muito forte na região lombo-sacra, posteriormente no membro inferior esquerdo após Ter erguido dois sacos de cimento de uma só vez. Não conseguiu sair do lugar onde estava e foi levado ao médico imediatamente. Deambulando ou sentado, sente muita dor ainda hoje mesmo após o tratamento. Relata Ter dificuldade para deambular sem ser na posição inclinada para o lado afetado. Relata preocupação com sua patologia, saudade do trabalho. Referiu estar sendo bem atendido com exceção da primeira noite, em que chamou as funcionárias do plantão e as mesmas não atenderam por estarem conversando assuntos particulares. Fora este incidente foi bem atendido.

O Sr. ML ocupava o quarto 13, leito 1, do sexo masculino, 30 anos, branco, solteiro, trabalha na construção civil, é pedreiro, católico, estudou até a 1º série do segundo grau (ensino médio incompleto). Mora com os pais no bairro São Pedro em Porto União, Santa Catarina.

Foi admitido nesta unidade dia 09/03/01, às 12 horas, vindo do PS de Porto União, pela segunda vez, pelo mesmo motivo (dor lombar). Veio com a ambulância do PS pois não conseguia nem sentar-se para vir de carro. Veio na maca e em caso de necessidade pediu para avisar aos pais. Apesar de aparentar calma, tem muito medo em relação à doença, principalmente de não poder andar mais. Tem medo da cirurgia, mas tem fé que tudo dará certo.

Sua família é composta pelo pai, mãe, dois irmãos, uma irmã e ele. Seis pessoas mas moram apenas quatro na casa. Seu pai cursou até a 4º série primária, mas fez vários cursos e trabalhou como ferroviário. Hoje é aposentado. Sua mãe cursou até a 4º série também e é do lar, faz artesanato. Os irmãos moram em outra cidade e ambos cursaram o 2º grau. A irmã é a caçula, tem 15 anos e está na 8º série. Ele tem muito respeito pelos pais.

Mora em casa própria com abastecimento de energia, água, esgoto, com 12 peças em alvenaria, mobiliada com conforto. Possui dois televisores, geladeira, freezer, microondas, som, vídeo, telefone, fogão, copa estilo colonial, estante grande. O pai possui carro e ele possui uma casa de alvenaria de oito peças em São Paulo.

### 3.3 Exame Físico

O cliente ML foi recebido na clínica médica do Hospital de Caridade São Brás, no dia 9/03/01, vindo do PS de Porto União, de ambulância e na maca. Veio acompanhado somente do motorista, apresentando forte dor na região lombossacra, com sinais vitais normais. Iniciou-se o tratamento com Novalgina, Sirdalud 2mg, Diazepam, voltarem e bolsa de água quente. No dia 11 de março mantinha sinais vitais normais, melhorou um pouco da dor, aceitou bem a dieta, deambulou pelo corredor com alguma dificuldade, relatou Ter dormido bem e não gosta de usar bolsa de água quente porque acha que não resolve. Eliminações vesicais e intestinais presentes.

No dia 12/03/01 manteve o mesmo quadro com sinais vitais estáveis, referindo ansiedade em relação à viagem para Curitiba. Alimentou-se bem, deambulou, banho de aspersão, com eliminações vesicais e intestinais presentes. Aguarda transporte para cirurgia em Curitiba. No dia 13/03/01 viajou às 4 hs da manhã.

O Sr. ML é uma pessoa equilibrada, pesa 73kg, tem 1,80m de altura, sinais vitais normais (PA 120x80 mmhg, P 80 bpm, T 36,5°C, R 20 mrpm) pele e mucosas íntegras, boa rede venosa e musculatura normal. A cabeça é proporcional ao resto do corpo com couro cabeludo íntegro, limpo, cabelos curtos, louro, olhos verdes, pele clara. Nariz normal, boca íntegra sem deformidades. Boa dentição, sem cáries, com dentes obturados na arcada superior e inferior. Tem uma cicatriz pequena e irregular no queixo e na testa devido a um acidente de moto. Pescoço íntegro. Tem manchas no ombro. No tórax posterior, no quadrante superior direito tem uma cicatriz por acidente com arma branca, de aproximadamente 8cm.

Quebrou a clavícula do lado esquerdo ao cair do cavalo, foi feita cirurgia com parafusos (tem a cicatriz). Mãos e braços sem sinais, abdome íntegro. Região genital sem manchas ou cicatrizes, região anal idem. Membro inferior(E) com manchas antigas de queimaduras na perna. Na panturrilha tem uma cicatriz de mordida de cachorro. Pé esquerdo com cicatriz no hálux (transversal).

### **3.4 DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: LOMBALGIA**

#### **3.4.1 Conceito de Lombalgia**

A maioria das herniações de discos lombares ocorre nos inter-espacos L4 ou L5 S1. Uma hérnia de disco lombar produz dor dorsal baixa acompanhada de variáveis graus de alteração sensorial e motora. O paciente refere dor dorsal baixa com espaços musculares, que são acompanhados de irradiação da dor para o interior do quadril e para as pernas (ciática). A dor é agravada pelas ações que aumentam a pressão do líquido intra-espinhal (curvar-se, elevação de peso, esforço como espirrar e tossir), sendo geralmente aliviada pelo repouso no leito. Geralmente existe alguma deformidade postural, porque a dor provoca alteração na mecânica vertebral normal. Se o paciente deitar-se em decúbito dorsal e tentar levantar uma das pernas estendidas, a dor se irradia para a perna porque a manobra (teste de levantar a perna estendida) distende o nervo ciático. Os sinais adicionais incluem debilidade muscular, alteração nos reflexos tendinosos e perda sensorial.

#### **3.4.2 Fisiopatologia**

A maioria das pessoas refere dor lombar e na perna a um evento traumático, mas a investigação mais criteriosa, algumas vezes, revelam que os pacientes vinham apresentando episódios de lombalgia por meses ou anos. A dor habitualmente começa na região lombar e se irradia para a sacroilíaca e nádegas. A dor habitualmente se estende abaixo do joelho e segue o dermatomo da raiz nervosa. Quando os pacientes apresentam uma hérnia discal, a dor é geralmente pior nas pernas que nas costas. A dor pode ser de natureza intermitente e geralmente aumenta com atividades principalmente sentar-se em um carro por muito tempo. A dor pode ser aliviada pelo ortostatismo ou repouso no leito. A referência é a exacerbação da dor por estiramento, espirro ou tosse. Os pacientes podem queixar-se de fraqueza. Esta é habitualmente localizada no nível neurológico do envolvimento. As parestesias são comuns e seguem a distribuição das raízes nervosas nas áreas sensitivas.

A hérnia discal L5 S1 significa a compressão da raiz nervosa de S1. Os déficits sensitivos ocorrem no maléolo lateral do pé, calcanhar 4° e 5° raios. A fraqueza motora envolve os fibulares curto e longo, complexo gastrocnêmico-solo e glúteo máximo. O reflexo aquileu geralmente está diminuído. A hérnia de disco é o deslocamento da cartilagem existente entre duas vértebras adjacentes. Pode ser devido à artrite, a um traumatismo da coluna vertebral ou a um “mau jeito”, por exemplo ao erguer um objeto muito pesado. A cartilagem se desloca de uma tal maneira que comprime a raiz dos nervos espinhais, provocando dor intensa ao longo do nervo. Isso pode ocorrer em qualquer região da coluna vertebral. Dores e sintomas surgirão na área comprometida. Quando o deslocamento ocorre na parte mais baixa das costas (região lombar), a dor se irradia das costas para as nádegas e para a parte posterior das coxas e pernas.

### 3.4.3 Exames Complementares

Não tive acesso aos exames feitos por ML. Mas é sabido que foram feitos alguns Rx. Pesquisando os exames que são realizados para detecção da doença do disco lombar, pude constatar que são feitos: utilização das técnicas de imagem, mielografia, tomografia computadorizada, RM, e baseando-se nos sinais físicos e história do paciente.

As técnicas de imagem usadas na avaliação discal lombar, são apresentadas a seguir:

- a) mielografia – as indicações incluem suspeita de uma lesão intra-espinhal ou diagnóstico dúbio por achados clínicos conflitantes com outros exames. A mielografia tem valor em colunas previamente operadas e na estenose, especialmente em conjunto com a TC.
- b) tomografia computadorizada – a tomografia é extremamente útil no diagnóstico de hérnias laterais ou foraminais do disco lombar.
- c) Ressonância nuclear magnética – a vantagem da RM sobre a TC incluem a capacidade de demonstração de tumores intra-espinhais, examinar toda a coluna e identificação de discos degenerados.
- d) cintilografia óssea – as cintilografias podem ser usadas quando o médico suspeitar de outras doenças que não a discopatia ou estenose de canal. A cintilografia confirma problemas neoplásicos infecciosos, traumáticos ou artrítico da coluna.
- e) eletromielografia – é comumente usada para auxiliar na diferenciação de sintomas radiculares de neuropatia periférica ou lesões do neurônio motor superior e na determinação da presença ou ausência de miopatia generalizada.

Nenhum exame lombar é completo sem a avaliação da circulação periférica. Devem ser examinadas as artérias tibial posterior e dorsal do pé. O quadril e o joelho também devem ser examinados. Somente de 1 a 2% das radiografias da coluna em pessoas com dor entre 20 a 50 anos de idade, apresentam achados insuspeitos. A maioria dos exames encontra algum estreitamento do espaço discal ou formação osteofítica neste grupo etário. Podem ser vistas a espondilolistese e espondilólise, junto com algum estreitamento de espaço discal nível afetado. Tais achados, entretanto, estão também presentes em pacientes sem dor lombar e patologia clinicamente significativa.

### 3.4.4 Sintomatologia

Os sinais de tensão da hérnia discal lombar são manobras que estiram o nervo ciático e assim comprimem mais ainda uma raiz nervosa inflamada contra um disco lombar herniado.

As variações do teste incluem:

- a) teste de Lasegue – esse teste clássico é feito com o paciente deitado e a cabeça em travesseiro baixo. Uma das mãos do paciente é colocado no íliaco para estabilizar a pelve. A outra mão lentamente eleva a perna pelo calcanhar com o joelho reto. O paciente deve relatar se sentir dor. Somente quando a dor na perna ou sintomas radiculares forem produzidos o teste é considerado positivo. A dor lombar em si não é um achado positivo.
- b) sinal do arco- esta variação do teste acima é feita até que se obtenha a dor. Nesse ponto o joelho é fletido, geralmente significativa redução dos sintomas. A pressão digital aplicada no espaço poplíteo, sobre a porção terminal do nervo ciático restabelece os sintomas radiculares dolorosos.
- c) o teste sentado na raiz – com o paciente sentado e flexão da coluna cervical, o joelho é estendido enquanto o quadril permanece 90° de flexão. O paciente pode queixar-se de dor na perna ou tentar estender o quadril, indicando novamente compressão da raiz nervosa.
- d) elevação contra lateral da perna - esse teste é feito da mesma forma que o primeiro, exceto que a elevação é da perna não dolorosa. Se esta manobra produzir a dor ciática do paciente na extremidade oposta, o teste é considerado positivo. Um teste positivo é altamente sugestivo de um disco herniado e habitualmente indica a localização da extrusão. Este teste é comumente positivo em pacientes que tenham hérnias discais mediais à raiz nervosa na axila.
- e) elevação reversa da perna – esse teste pode ser feito com o paciente em decúbito ventral ou em uma posição lateral com o lado não afetado para baixo. O teste envolve a flexão do quadril e flexão do joelho exatamente oposto ao teste comum na elevação da perna. Um resultado positivo significa irritação nas raízes do nervo femoral, comumente à raiz nervosa de L4.

### 3.4.5 Tratamento

Os objetivos do tratamento são de aliviar a dor, retardar a progressão da doença e aumentar a capacidade funcional do paciente. Para reduzir as cargas de peso e as forças gravitacionais, estimula-se o repouso no leito em colchão duro ( para limitar a flexão espinal) desse modo liberando o disco de suportar o estresse. Permite-se ao paciente assumir uma posição confortável de um modo geral, sendo mais confortável a posição semi-fowler, com flexão moderada do quadril e do joelho para relaxamento dos músculos dorsais. Quando em decúbito lateral, coloca-se um travesseiro entre as pernas para se levantar do leito. O paciente mantém-se lateralizado.

Os casos insipientes devem ser tratados reduzindo-se as atividades e com repouso prolongado na cama. Aquecer a área ao longo da espinha dorsal. Usam-se drogas para aliviar a dor. Mas se o repouso prolongado não ajudar ou se a dor ocorrer a intervalos frequentes, incapacitando o paciente, pode ser necessária a cirurgia.

Em um estudo prospectivo controlado de 280 pacientes com hérnia discal lombar, o tratamento inclui a terapia conservadora ou cirurgia. O grupo cirurgicamente tratado estava melhor após um ano. Entretanto a comparação dos resultados aos 4 e 10 anos revelou nenhuma diferença estatisticamente significativa no resultado. A cirurgia assim dá alívio mais rápido da dor, mas o resultado final é aproximadamente o mesmo sem importar o tipo de tratamento.

#### 3.4.5.1 Modalidades de tratamentos conservadores usados para os pacientes com hérnias discais agudas

Os tratamentos não cirúrgicos incluem repouso no leito, medicação VO, esteróides epidurais, fisioterapia, imobilização, tração, manipulação e técnicas como estimulação transcutânea do nervo. Um breve período de repouso no leito por 48, 72 hs, junto com analgésicos não narcóticos, deve ser usado para controlar a dor. Os esteróides epidurais podem ser benéficos para aliviar a dor mas não mostraram benefício a longo prazo. Só aproximadamente 10% dos pacientes com sinais e sintomas requerem cirurgia. Assim os médicos podem esperar um índice de 90% de alívio com o tratamento conservador em pacientes com doença discal lombar.

### **3.4.5.2 Procedimento cirúrgico usado na doença discal lombar**

A cirurgia tradicional é a laminectomia. É a excisão discal por meio de uma incisão na linha média. Os músculos paravertebrais são levantados da lâmina da vértebra em cada lado da lesão. A lâmina é identificada e o ligamento amarelo é excisado. Podem ser removidas porções das lâminas superior e inferior. Após o afastamento da raiz nervosa, a hérnia discal identificada é removida, o disco é dissecado de fragmentos soltos. O fechamento é o de rotina. Ao paciente é permitido virar-se na cama, caminhar e ficar em pé. Exercícios gerais começam 48 horas após a cirurgia. O sentar é geralmente minimizado enquanto que o deitar e o caminhar são progressivamente aumentados. Os pacientes devem evitar viagens longas de carro por aproximadamente três meses. Os exercícios para mobilidade e reabilitação da extremidade inferior são começados em 6 a 8 semanas. O índice de sucesso para alívio da dor no MI é de 93% e para o alívio da dor nas costas é de 80%.

### **3.4.5.3 Descrição da Microdissectomia Lombar**

A microdissectomia lombar requer um microscópio operatório. O procedimento é feito tal como uma excisão e laminectomia abertas, exceto que as lâminas não são removidas. Esse procedimento requer menos dissecação e tem o potencial de menor tecido cicatricial. Os resultados cirúrgicos são aproximadamente os mesmos com a cirurgia discal aberta.

### **3.4.5.4 Complicações da Cirurgia Discal Lombar**

Podem Ter como consequência:

- a) síndrome da cauda eqüina
- b) tromboflebite
- c) embolia pulmonar
- d) infecção da incisão
- e) rupturas durais
- f) lesão radicular
- g) fístulas de fluído cérebro-espinhal
- h) laceração de vasos abdominais

### 3.5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Como assistência de enfermagem foram prestados os seguintes cuidados:

A enfermagem deve colher a história para determinar quando, onde e como ocorre a dor, fatores agravantes ou que produzem alívio; relação de dor com atividades específicas, presença de dormências ou parestesias, assim sendo:

- a) realizar exame físico do sistema neurológico: verificar fraqueza localizada das extremidades e perda sensorial dos reflexos;
- b) realizar o exame músculoesquelético para ver se há possíveis mudanças na força, no tônus, na amplitude de movimento;
- c) se a condição for crônica, determinar a capacidade de o paciente e a família lidarem com esta condição;
- d) avaliar o efeito da enfermidade sobre a vida diária.

### 3.6 ORIENTAÇÃO E EDUCAÇÃO

Para o plano de alta, foram dadas as recomendações conforme se segue:

- a) fazer movimentos com todos os grupos musculares que não foram afetados;
- b) evitar se sentar por muito tempo;
- c) aplicar calor (compressa úmida);
- d) tomar o medicamento indicado quando sentir dor, na quantidade certa;
- e) conversar sobre os problemas que podem estar influenciando na dor;
- f) fazer fisioterapia;
- g) colocar um travesseiro entre os joelhos quando estiver em decúbito lateral;
- h) não subir escada;
- i) colocar o colchão sobre uma tábua;
- j) se usar relaxante muscular não dirigir ou trabalhar com máquinas, pois dá sonolência;
- k) alimentar-se bem;
- l) fazer o possível para acabar com o vício de fumar.

### 3.7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na hérnia de disco o repouso, o decúbito, a cirurgia, são formas de atenuar a dor e tentar acabar com a doença. No caso do Sr. ML foi recomendado a cirurgia pelo fato do tratamento tradicional não surtir efeito. A herniação sofrida por ele, foi devido ao excesso de peso erguido de uma só vez, provocando dor intensa na região lombar. É uma doença que provoca reações psicossociais porque muda completamente o estilo de vida da pessoa. Até o físico muda. No caso do Sr. ML ficou mancando e inclinado para o lado. A dor se reflete em outras partes do corpo dependendo do disco e da raiz pressionada. O tratamento tradicional demora mais ,mas tem o mesmo efeito que o cirúrgico.

Após um mês de internamento, ainda sente dor nas costas e nas pernas. Continua mancando e ainda anda inclinado. A dor não é tão forte quanto antes e não está tomando nenhuma medicação. Está mantendo repouso mas não no leito. Foi para Curitiba fazer cirurgia mas não fez por falta dos exames que não foram mandados pelos médicos daqui. Por isso não quiseram nem fazer uma avaliação. Está dormindo bem, comendo normalmente e sente falta de trabalhar, o que é impossível no momento. Foi orientado novamente sobre os riscos de sua profissão e quanto ao hábito de fumar.

Mora em uma casa de alvenaria bem confortável, limpa, bem localizada e com padrões de classe média. Os pais e irmãos apoiam bastante, são carinhosos e preocupados com ML. Tem boa condição sócio –econômica.

## CONCLUSÃO

Ao concluirmos o presente curso , aprendemos como é importante tanto para o cliente como para o aluno o cuidado individualizado, pois cada pessoa tem suas características e não podemos tratar todos da mesma forma. Aprendemos também a importância da qualificação dos conhecimentos teóricos e práticos e conseqüentemente a melhora na qualidade de assistência.

Fazendo estágios nos vários setores em diferentes hospitais pudemos conviver com todo tipo de situações. Alguns setores nos estimulavam à prática do conhecimento mais que outros. Alguns nos obrigava a um maior controle psicológico. Tivemos também estágios onde pouco aprendemos por falta de pacientes, o campo de estágio estava fraco em clínica cirúrgica e quando estivemos no PS.

Trabalhar com o próximo, principalmente se ele está carente de ajuda material e espiritual é gratificante. E através da preparação que tivemos com o curso para este fim, temos a oportunidade de exercermos bem a profissão que escolhemos.

Oxalá sejamos dignos de ser uma “Ondina”, profissionalmente e como pessoa humana. Foi a maior e melhor lição do curso.

## **ANEXOS**

Anexo 1- Prontuário.....	15
Anexo 2- Medicamentos.....	16

## PRONTUÁRIO

Data 11/03/01 Nome M.B.L DN 10/07/70 31 anos

ALT. 1.80m Peso 73kg

Dr. LUCIANO

Dieta livre

Medicação: NOVALGINA, SIRDALUD 2MG VO, DIAZEPAM 10MG, VOLTAREM 50MG, BOLSA DE ÁGUA QUENTE.

DIAGNÓSTICO : Lombociatalgia à D ( hérnia de disco raiz L5 )  
SV PA 120x80mmhg , P 80bpm, T 36°C , R 20mrpm

EVOLUÇÃO : Paciente lúcido, calmo, orientado, comunicativo refere melhora da dor lombar, aceita bem a dieta oferecida, relata diurese presente e intestinais. Medicado CPM.

12/03/01 PA 110X70 mmhg, P 80bpm , T 36,5°C , R 20mrpm

EVOLUÇÃO : calmo, lúcido ,orientado, aguardando transporte para Curitiba. Queix-se de dor no MMIIID. Aceita bem a dieta, eliminações vesicais e intestinais presentes uma vez no período.

13/03/01 Foi para Curitiba.

## Anexo 2

### Medicamentos

Foi ministrado ao paciente:

- a) novalgina – analgésico e antipirético, tem como contra indicação a hipersensibilidade aos derivados parazolônicos, gravidez, lactação, glaucoma de angulo fechado, nefrites crônicas, discrasias sangüíneas.
- b) Diazepam 10mg – ansiolítico, anticonvulsivante, sedativo, miorelaxante esquelético. Tem como contra indicação hipersensibilidade aos benzodiazepínicos, insuficiência respiratória.
- c) Sirdalud - indicado para espasmos musculares dolorosos associados com distúrbios estáticos e funcionais da coluna ( cervical e lombar) . Tem como contra indicação hipersensibilidade a tizanidina ou componentes da fórmula.
- d) Voltarem 50mg – formas degenerativas e inflamatórias de reumatismo , artrite, espondilite anquilosante, osteoartrose, espondiartrite e síndrome dolorosa da coluna vertebral, reumatismo não articular, dores pós –traumáticas e pós – operatórias, inflamação e edema. Tem como contra indicação a úlcera gástrica ou intestinal, hipersensibilidade à substância ativa, quadros de asma, urticária, rinite aguda por ser um ( AINES), antiinflamatório não esteróide.

## REFERÊNCIAS

- 1- SMELTZER, Suzanne. BARE, Brenda G. BRUNNER, Suddarth-Tratado de Enfermagem – Médico Cirúrgico- 7ª edição vol- 2 Guanabara Kogan R.J.
- 2 - BRONN, David E. RANDALL, D. NEUMANN, M.D e colaboradores- Segredos em ortopedia- Artes Médicas Sul LTDA –Porto Alegre 1996.
- 3 – VIDA E SAÚDE – Revista, editora Casa Lar Publicadora .
- 4- CIVITA Victor, Grande Enciclopédia Médica em Perguntas e Respostas nº 14, Nova Cultural , editora Abril.
- 5- FURTADO, Elizabete. CUNHA, Janete. TISCHER Juraci Maria. MACHADO Ondina. FLÔR, Rita de Cássia – Apostila de Enfermagem Médica- Joinville – abril de 2001.